

診療録等開示同意書

医療法人社団 素馨会
のもと皮膚科クリニック
院長 野本 重敏 殿

西暦 年 月 日

下記の者（法定代理人）に、貴院の患者である私（患者）に関する診療録等を開示することに同意します。

【患者】

住所 〒 _____

生年月日 西暦 年 月 日

氏名 _____ 印

電話番号 _____

【法定代理人】

住所 〒 _____

生年月日 西暦 年 月 日

氏名 _____ 印

委任者（患者）との関係または続柄 _____

電話番号 _____

診療録等開示同意書

医療法人社団 素馨会
野本真由美スキンケアクリニック
院長 清水 純子 殿

西暦 年 月 日

下記の者（法定代理人）に、貴院の患者である私（患者）に関する診療録等を開示することに同意します。

【患者】

住所 〒 _____

生年月日 西暦 年 月 日

氏名 _____ 印

電話番号 _____

【法定代理人】

住所 〒 _____

生年月日 西暦 年 月 日

氏名 _____ 印

委任者（患者）との関係または続柄 _____

電話番号 _____

診療録等開示同意書

医療法人社団 素馨会
野本真由美クリニック銀座
院長 野本 真由美 殿

西暦 年 月 日

下記の者（法定代理人）に、貴院の患者である私（患者）に関する診療録等を開示することに同意します。

【患者】

住所 〒 _____

生年月日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 印

電話番号 _____

【法定代理人】

住所 〒 _____

生年月日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 印

委任者（患者）との関係または続柄 _____

電話番号 _____